IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Komisja Zdrowia

■ **Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 16)**

z dnia 27 października 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 16)

27 października 2022 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat stanu opieki długoterminowej i hospicyjnej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krystyna Łakomska** kierownik Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej, Hospicyjnej i Stomatologicznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Jakub Adamski** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta wraz ze współpracownikami, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik praw pacjentów objętych opieką paliatywną, **Iwona Markiewicz** konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla województwa śląskiego, **Wojciech Leppert** konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, **Wojciech Wysoczański** zastępca dyrektora Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Zespole Zamiejscowym d/s Analitycznych we Wrocławiu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Aleksandra Ciałkowska-Rysz** prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej wraz ze współpracownikami, **Andrzej Sokołowski** wiceprezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, **Marek Wleklik** przedstawiciel Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA", **Jolanta Stokłosa** przedstawicielka Forum Hospicjów Polskich oraz **Bożena Majchrowicz** adiunkt w Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemysłu, były konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla województwa podkarpackiego.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański, Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Szanowni państwo, witam bardzo serdecznie. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego. Witam członków podkomisji – panie posłanki i panów posłów z naszej podkomisji. Witam zaproszonych gości.

Podkomisja i nasze biuro stwierdzają kworum, więc możemy obradować na naszym dzisiejszym posiedzeniu. Proszę państwa, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat stanu opieki długoterminowej i hospicyjnej. Ten materiał będzie przedstawiony przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz rzecznika praw pacjenta. Czy ze strony państwa parlamentarzystów są jakieś uwagi do porządku dziennego? Nie ma.

Uważam, że porządek został przyjęty.

Chciałbym tylko poinformować, że wszystkie materiały dotyczące dzisiejszego spotkania są dostępne w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach. Materiały zostały przesłane mailem do wszystkich naszych parlamentarzystów. Jednocześnie informuję, że wpłynęło upoważnienie dla pani Dominiki Janiszewskiej-Kajki, zastępcy dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, do prezentowania stanowiska ministra zdrowia. Będę prosił o informację, którą przedstawi właśnie pani dyrektor. Chciałem jeszcze raz państwa serdecznie przywitać. Myślę, że jest to temat bardzo istotny, bardzo ważny i rzadko poruszany na naszych spotkaniach. Doskonale wiemy o sytuacji, jeśli

chodzi o demografię, starzejące się społeczeństwo i dług zdrowotny. Jest trudna sytuacja w zakładach opieki zdrowotnej i generalnie w systemie opieki zdrowotnej.

Myślę, że ten temat powinien być dzisiaj dosyć szczegółowo i poważnie przez państwa przedstawiony. Dlatego prosiłbym panią dyrektor, jako osobę upoważnioną przez ministra zdrowia, o przedstawienie informacji w imieniu resortu zdrowia. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dzień dobry państwu. Dziękuję, panie przewodniczący. Chciałam tylko zapytać, czy życzą sobie państwo informacji bardzo szczegółowej, ponieważ nasza informacja liczy ok. 33 stron. Ponieważ będzie dla państwa dostępna myślę, że nie ma potrzeby…

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Właśnie o to chciałem prosić, pani dyrektor, bo widziałem ten materiał. Jest bardzo obszerny i szczegółowy. Zawiera dane, które na pewno są interesujące, ale mam prośbę o skróconą informację.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Skróconą wersję. Dobrze. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Myślę, że w dyskusji uzyskamy informacje, których również będziemy bardzo chętnie słuchali. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję, panie przewodniczący. Rzeczywiście, materiał zawiera przekrojowe informacje, które dotyczą świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dotyczą także świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Bardzo się cieszę i na początku chciałam podkreślić, że znajdujemy się w doskonałym gronie, które zaprosił pan przewodniczący. Obecnie funkcjonujemy w ramach naszego zespołu, który został powołany przy ministrze do spraw zdrowia. Zespół ma bardzo ambitne zadania i bardzo ciężko pracuje. W znakomitej większości są tu ze mną państwo eksperci. Pozwolą państwo, że nie będę wymieniała ich imion i nazwisk. Są to znakomici eksperci, którzy pracują nad wypracowaniem rozwiązań w tym obszarze, czyli na początku w obszarze opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Będą to rozwiązania w zakresie organizacji udzielania świadczeń. Podzieliliśmy zadania na takie, które w krótkim czasie mogą zostać rozwiązane przez pana ministra przy pomocy zaprzyjaźnionych instytucji, w tym przede wszystkim Narodowy Fundusz Zdrowia, ale również Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a także na zadania długofalowe, czyli takie, które będą wymagały od nas, jako zespołu, pewnej strategii i przedstawienia ministrowi zdrowia rozwiązań. Granicą czasową jest 31 grudnia br. Jest to dość ambitny plan. Mamy już pewne wnioski, żeby z racji obszerności zagadnień przedłużyć czas funkcjonowania zespołu. Myślę, że pan minister przychyli się do tej prośby. Przedstawimy panu ministrowi rozwiązania, które będą rozwiązaniami mocno przedyskutowanymi z naszymi jednostkami współpracującymi, czyli z Narodowym Funduszem Zdrowia, z AOTMiT, ale przede wszystkim z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi, a także ekspertami, którzy na co dzień zajmują się tym obszarem świadczeń.

Panie przewodniczący, na wstępie chciałam wspomnieć, że taki zespół funkcjonuje. Prężnie działa i przekazuje sprawozdania ministrowi zdrowia. Spotykamy się bardzo często. Myślę, że pewne rozwiązania już mamy, a niektóre z nich już nawet powoli się materializują. Wracając do opracowania powiem, że świadczenia w ramach opieki długoterminowe są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, a także w warunkach domowych przez pielęgniarską domową opiekę długoterminową oraz przez zespól domowej opieki długoterminowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie. W tym obszarze również – pozwolę sobie na pewną dygresję – wypracowujemy rozwiązania dotyczące opracowania modelu kompleksowej opieki nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie, współdziałając w tym zakresie z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Z tym również powiązana jest nowa taryfikacja tych świadczeń. Ponieważ termin przekazania kompleksowego materiału upływa w listopadzie br. myślę, że te działania zmaterializują się na początku roku. Minister nadał temu wysoki priorytet. Działania zostały przedłużone tylko ze względu na to, że były prośby konsultantów i ekspertów, które dotyczyły kompleksowego uregulowania tych kwestii, a nie jedynie doraźnych zmian. Myślę, że państwu i panu przewodniczącemu będziemy w stanie przedstawić więcej informacji o kierunkach działań – jak myślę – pod koniec tego roku. Nie muszę chyba państwu przypominać, że warunki i wykaz realizacji świadczeń gwarantowanych w obszarach, o których powiedziałam, określają głównie 2 rozporządzenia. Jedno dotyczy świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a drugie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Oczywiście świadczenia gwarantowane są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wartość zakontraktowanych w danym roku świadczeń zdrowotnych jest determinowana wysokością środków finansowych, które są zapisane w planach oddziałów wojewódzkich funduszu. Nakłady na przedmiotowe świadczenia systematycznie rosną. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej z kwoty 1 875 178 tys. zł w 2019 r. doszły do kwoty 3 510 427 tys. zł w 2022 r. W opiece paliatywnej i hospicyjnej z kwoty 813 352 tys. zł w 2019 r. doszły do poziomu 1 198 911 tys. zł. Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały umieszczone w planie taryfikacji na 2023 r. To jest bardzo dobra wiadomość zważywszy, że dość długo nic w tym obszarze się nie działo. Pan minister zdecydował, żeby umieścić wśród obszarów, które będą taryfikowane, wśród takich obszarów, jak choroby układu nerwowego, czyli sekcja A, również świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Wiem, że AOTMiT już przygotowuje się do zbierania danych. To też jest proces długotrwały. Jeżeli mogę sobie na to pozwolić, to prosiłabym i apeluję o to, żeby jednostki przystąpiły do przekazywania danych agencji. Wiemy, że to jest duży problem, żeby zebrać dobre dane. Takie, żeby były miarodajne i urzeczywistniały koszty ponoszone przez jednostki. Zgodnie z planem proces taryfikacji zakończy się w przyszłym roku. Taryfa, która została ustalona ładnych parę lat temu, będzie zweryfikowana. Aktualnie obowiązujące wyceny i taryfy poszczególnych produktów służące do rozliczenia świadczeń w ramach opieki długoterminowej oraz w opiece paliatywnej znajdują się katalogach załączonych do zarządzeń prezesa NFZ. Są to odpowiednio zarządzenia prezesa NFZ nr 55/22 oraz nr 196/21. To zostało obszernie opisane w tabelach przedstawionych w informacji ministra zdrowia, o której wspomniał pan przewodniczący.

Taryfy są wyrażone w wartościach punktowych. Cena jednostki rozliczeniowej punktu w złotych jest każdorazowo określana w umowie zawartej pomiędzy świadczeniodawcą, a NFZ. Ponadto w tym obszernym materiale zostały szczegółowo przedstawione dane dotyczące liczby świadczeniodawców, umów świadczeniobiorców oraz wartości rozliczonych świadczeń w latach 2019–2022 według stanu na dzień 20 października br. w podziale na zakresy świadczeń. Dodatkowo w materiale zostały przedstawione dane sprawozdawcze z zakresu list oczekujących do komórek organizacyjnych, w których realizowane są świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej za okres sprawozdawczy do sierpnia 2022 r. dla całego kraju.

Jakie działania podejmuje minister zdrowia pomijając te, o których już powiedziałam, czyli powołanie zespołu i umieszczenie obszaru opieki paliatywnej i hospicyjnej w planie taryfikacji? Przede wszystkim istnieje dokument pod nazwą „Strategia deinstytucjonalizacji – opieka zdrowotna nad osobami starszymi". Ten dokument stanowi załącznik do dokumentu strategicznego, którym jest dokument „Zdrowa przyszłość – ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.". W ramach poszczególnych obszarów strategicznych przewidziano działania w zakresie rozwoju zasobów kadrowych, rozwoju form opieki dziennej i domowej, rozwoju innowacyjnych form opieki, wsparcia dla opiekunów nieformalnych i koordynacji opieki środowiskowej. Celem tej strategii jest poprawa zdrowia i jakości związanej ze zdrowiem osób

starszych i ich opiekunów oraz wsparcie w utrzymaniu ich niezależności umożliwiające im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku lokalnym.

Pragnę podkreślić, że rzeczywiście powraca temat opieki domowej nad pacjentami i to w różnych formach. Były przymiarki do tego, żeby kontynuować temat dziennych domów opieki medycznej. To też funkcjonowało, jednakże w ramach projektu unijnego. Obecnie przy udziale przedstawicieli prezydenta w Ministerstwie Zdrowia trwają prace w tym obszarze, żeby opiekę długoterminową powiązać z opracowaniem takich warunków realizacji i kryteriów włączenia pacjentów, żeby – również ze względu na to, że mamy społeczeństwo starzejące się – właśnie tę grupę objąć szczególnym rodzajem opieki, ale nie tylko. Pragnę podkreślić, że ten temat wraca również w ramach naszych rozmów. Mówię „naszych", kierując to do członków zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej. To też wymaga szczególnego rozwiązania.

Następnym dokumentem jest „Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce". Analizując możliwości przekształcenia przyjrzano się 2 aspektom. Po pierwsze, nieoptymalnemu wykorzystaniu potencjału w szpitalach, czyli obłożeniom łóżek na poziomie poniżej 85% oraz potencjalnie nieefektywnie wykorzystanemu potencjałowi, czyli hospitalizacjom długim i diagnostycznym. Na tej podstawie określono maksymalny poziom możliwych przekształceń łóżek szpitalnych w szpitalach powiatowych w miejsca opieki długoterminowej lub geriatrycznej. Określono to na poziomie 16 712 lóżek, co stanowi prawie 27% wszystkich łóżek powiatowych. Przy czym, w celu zapewnienia optymalnego poziomu zabezpieczenia, planowane są kompleksowe, wielokierunkowe działania zmierzające do optymalizacji struktury potencjału zarówno w zakresie wzmocnienia działań profilaktycznych, przekierowania opieki na niższe szczeble, jak również przesunięcie opieki nad osobami starszymi na tryb domowy i zdeinstytucjonalizowany.

Kolejnym dokumentem, a w zasadzie stałym działaniem ministra, jest opracowanie map potrzeb zdrowotnych. Mapy potrzeb na lata 2022–2026 obejmują analizy demograficzne, epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego. Podejmuje się również wyzwania systemu opieki zdrowotnej rekomendowane na terenie poszczególnych województw. Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w obszarze opieki długoterminowej rekomendowane jest m.in. zapewnienie w poszczególnych województwach adekwatnego do potrzeb dostępu do opieki długoterminowej domowej i stacjonarnej dla ludzi, dla ludności powyżej 65. roku życia oraz wyrównanie różnic w dostępie do opieki długoterminowej w województwach o niższej niż średnia w kraju liczbie osób nią objętych w przeliczeniu na 100 tys. osób, ze szczególnym uwzględnieniem populacji osób powyżej 65. roku życia oraz zwiększenie udziału formalnej opieki zdrowotnej świadczonej blisko miejsca zamieszkania pacjenta względem opieki instytucjonalnej poprzez wzrost liczby świadczeń udzielanych w warunkach domowych lub dziennych.

Natomiast w obszarze opieki paliatywnej i hospicyjnej rekomendowane jest m.in. zapewnienie odpowiedniego do potrzeb dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej poprzez zwiększenie liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz wyrównanie różnic w ich dostępie pomiędzy województwami, a także pomiędzy obszarami wiejskimi i miejskimi, jak również zwiększenie dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. O głównych działaniach zespołu wspomniałam, powiedziałam państwu. Panie przewodniczący, to jest skrócona wersja raportu czy informacji ministra zdrowia, która została przedstawiona. Jeżeli na tym etapie nie będziemy potrafili udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania, to bardzo proszę… Bardzo chętnie wypowiemy się na piśmie. Dziękuję bardzo. Zachęcam do dyskusji.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Rzeczywiście, materiał jest bardzo obszerny. Mam przekonanie, że państwo zapoznali się z tym materiałem. Również ten materiał analizowałem. Są tam wskazania mówiące o tym, że nakłady finansowe na opiekę długoterminową – paliatywną i hospicyjną – mogą się zwiększyć w najbliższych latach. Okazuje się, że Fundusz Medyczny, który spotyka się z różnego rodzaju większą lub mniejszą krytyką i ciągłą nowelizacją… Jest tam napisane, co z radością przeczytałem, że będą

tam 4 mld zł w latach 2023–2026. To na pewno byłby pewien zastrzyk. Jest również taki dokument jak Krajowy Plan Odbudowy, w którym również są zapisane środki finansowe na rozwój na szczeblu powiatowym oddziałów opieki długoterminowej, paliatywnych i hospicyjnych w wysokości 150 mln euro. Myślę, że nie należałoby gardzić tymi wielkimi środkami finansowymi. Należałoby dążyć do tego, żeby to przeszło zgodnie z oczekiwaniami, zwłaszcza środowiska, które państwo reprezentują.

Z mojego oglądu wynika, że Ministerstwo Zdrowia powołuje bardzo dużo zespołów, które pewnie ciężko pracują całymi dniami i nocami i tworzą te dokumenty. Chcielibyśmy, żeby te dokumenty jak najszybciej przekładały się na rzeczywistość, która byłaby doceniona i dobrze oceniona przez środowisko, a przede wszystkim przez pacjentów. W tej chwili chciałem poprosić pana dyrektora Jakuba Adamskiego z Biura Rzecznika Praw Pacjenta, który prosi o głos, bo później będzie musiał nas opuścić ze względu na inne obowiązki. Tak że panie dyrektorze, bardzo proszę. Oczywiście, później otworzę dyskusję. Proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta Jakub Adamski:

Bardzo uprzejmie dziękuję, panie przewodniczący. Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, szanowni państwo zgromadzeni na sali, ja też pozwolę sobie mówić krócej niż na piśmie. Myślę, że w najważniejszych puntach parę elementów warto podkreślić. Informacje przedstawione przez panią dyrektor są bardzo interesujące i pozytywne w kontekście informacji, które rzecznik praw pacjenta otrzymuje od pacjentów, czyli z perspektywy ich podstawowych zgłoszeń. Trzeba powiedzieć, że sygnały w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki długoterminowej nie stanowią bardzo dużej liczby zgłoszeń kierowanych do rzecznika praw pacjenta. Jest ich kilkaset. W ubiegłym roku było ich ok. 400 w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Podobnie jest w obecnym roku. W ubiegłym roku było ich ponad 1 tys. w zakresie opieki długoterminowej, a 660 w roku obecnym. Są to zgłoszenia bardzo istotne.

Są to zgłoszenia, które zasadniczo dotyczą dostępności do świadczeń. To jest element, który powtarza się w nich najczęściej. Dotyczą one w szczególności długiego czasu oczekiwania na objęcie opieką, odmowy zapewnienia lekarza specjalisty i badań diagnostycznych, zastrzeżeń do samego udzielenia świadczenia i jakości opieki, leczenia i pielęgnacji. Pojawiają się także inne zastrzeżenia, związane z organizacją procesu udzielania świadczeń, z trudnościami w uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, ograniczeniem odwiedzin czy kontaktów, a także w kwestii pobierania opłat przez zakłady opiekuńczo-lecznicze. Zastrzeżenia dotyczą również pomocy w przypadku silnego bólu w opiece psychiatrycznej. Po analizie zgłoszeń pacjentów 3 kwestie jawią się jako kluczowe. Pierwsza, to dostępność. O tym wielokrotnie wspominano. Odnosiła się do niej również pani dyrektor. Druga, to wycena świadczeń. Bardzo ucieszyło mnie zapewnienie pani dyrektor o wpisaniu do planu taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bo rozumiem, że ten temat zostanie rozpatrzony w niedługiej przyszłości. Trzecia, to element, który jest istotny i się powtarza. Wynika on z tych wszystkich zgłoszeń. Myślę, że warto o nim wspomnieć. To jest brak koordynacji opieki, czyli to, w jaki sposób pacjenci trafiają do opieki długoterminowej, paliatywnej czy hospicyjnej.

Brak jest prostego przeniesienia pacjenta, który tego potrzebuje. Potrzebuje tego w szczególności, w tych stanach, w których znajdują się ci pacjenci. Potrzebują pomocy w uzyskaniu właściwej opieki. Zdaje się, że koordynacja, to jest taki element, o którym rozmawiamy w innych obszarach systemu. Tu jest też taki element, że opieka dla wielu pacjentów jest niezwykle istotna. Dla pacjentów będących w trudnej sytuacji ta opieka i to wsparcie, żeby pacjenci trafili do tej opieki, są w jakiś sposób ograniczone. Rzecznik praw pacjenta podejmuje różne działania w tym obszarze. Stara się pomóc zwłaszcza w obszarze szeroko pojętych praw pacjenta. Były podejmowane różnego rodzaju działania. Prowadzone były działania w zakresie standardu postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia.

Prowadziliśmy też działania, w szczególności w zakresie wytycznych do korzystania z innych uprawnień pacjentów we współpracy z konsultantami krajowymi w dzie-

dzinie epidemiologii i medycyny paliatywnej, czyli uprawnień do kontaktów z rodziną w przypadku, gdy pacjent jest umierający, a także możliwości identyfikacji zwłok, gdy zgon pacjenta jest bez związku z podejrzeniem o zachorowanie na COVID-19. Oczywiście w tym zakresie okres epidemii przyniósł dodatkowe wyzwania w ostatnich latach. Prowadzone postępowania dotyczące praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta, bo takie też były, zasadniczo dotyczyły 3 kwestii – opłat naliczanych przez zakłady opiekuńczo-lecznicze, kwestii utrudniania odwiedzin i praktyk, które podmioty prowadziły w tym zakresie, a także kwestii stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów.

Jest jeszcze jeden element, o którym chciałbym wspomnieć w tym kontekście trochę szerzej. Rzecznik praw pacjenta zajmuje się nim i jest on istotny. Jest to mianowicie kwestia osób, które są w domach pomocy społecznej. Ze względu na swoją formę prawną są one wyłączone spod kognicji rzecznika praw pacjenta. Niestety, nie jesteśmy w stanie zapewnić im odpowiedniego wsparcia i opieki. Jest to obszar, z którego pomimo tego są kierowane różnego rodzaju zgłoszenia do rzecznika praw pacjenta zarówno co do jakości i warunków opieki, do kwestii związanych z odwiedzinami, z realizowaniem dostępu do świadczeń, pobierania opłat, itp. W tym zakresie wystąpiliśmy z inicjatywą ustawodawczą o zmianę w ustawie o prawach pacjenta, która miałaby w pewien sposób doprowadzić do zrównania tych osób z pacjentami, które w zakładach opiekuńczo-leczniczych mają możliwość skorzystania z opieki rzecznika praw pacjenta. Myślę, że to tyle tytułem wstępu do dyskusji i uzupełnienia tego, co wcześniej powiedziała pani dyrektor. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Chyba „koordynacja” jest jednym ze stwierdzeń, które padają w każdej dyskusji na temat ochrony zdrowia. Na podstawie mojego skromnego doświadczenia jako lekarza wydaje mi się, że taka koordynacja powinna być chlebem powszednim. Chyba po to była powołana instytucja lekarza rodzinnego, który praktycznie na każdym etapie miał koordynować czy prowadzić pacjenta przez istniejący system. Jeżeli już jesteśmy przy koordynacji, to w przypadku opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej, kłania się również opieka społeczna. Pan dyrektor w swoim sprawozdaniu też zauważył, że ten element gdzieś umyka. Może lekarz rodzinny bardziej, ale opieka społeczna nie jest włączona w ten proces.

Proszę państwa, przepraszam, że nie przywitałem państwa z nazwiska i funkcji. Jest państwa zbyt wiele. Jeżeli będą państwo zabierali głos, bardzo proszę o przedstawianie się do naszej sprawozdawczości. Na początku, korzystając z tego, że mamy przygotowaną prezentację, chciałem prosić w imieniu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej i pani prezes Aleksandry Ciałkowskiej pana doktora Sokołowskiego. Pan doktor ma przygotowaną prezentację i chciał ją państwu przedstawić. Oczywiście, później wszystkich państwa zaproszę do dyskusji. Panie doktorze, bardzo proszę.

Wiceprezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej Maciej Sokołowski:

Bardzo dziękuję. Witam państwa bardzo serdecznie. Jeśli państwo się nie pogniewają, będę siedział, bo tak chyba będzie wygodniej. Będę miał dostęp do mikrofonu. Nazywam się Maciej Sokołowski. Jestem lekarzem, wiceprezesem Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ, dyrektorem do spraw medycznych Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „GAJA”, który zajmuje się opieką hospicyjną, a głównie hospicjum domowym i poradnią medycyny paliatywnej, ale też członkiem Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

Proszę państwa, mam nadzieję, że krótka prezentacja powie o najważniejszych problemach jednostek medycyny paliatywnej. W tej chwili są to głównie problemy finansowe. Deklaratywnie jesteśmy bardzo potrzebni. W marcu 2017 r. parlament nowelizował ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dodając do niej art. 20a mówiący o tym, że pacjent ma prawo do leczenia bólu. Poprawa jakości leczenia bólu jest również jednym z priorytetów zdrowotnych określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia z 27 lutego 2018 r. Medycyna paliatywna – również zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z czerwca 2020 r. – jest jedną z priorytetowych dziedzin medycyny.

Zgodnie z Krajowym Planem Transformacji na lata 2022–2026, o którym już mówiła pani dyrektor reprezentująca Ministerstwo Zdrowia, w 2019 r. ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało łącznie ponad 96 tys. pacjentów.

Tworząc ten dokument oszacowano, że obecnie – w 2022 r. – powinno zostać zapewnionych ok. 146 tys. miejsc opieki paliatywnej i hospicyjnej, z czego ok. 142 tys. w ramach opieki domowej. Ministerstwo Zdrowia szacuje, że do 2025 r. spodziewany będzie wzrost zapotrzebowania o kolejne 38%. Przyczyny trudnej sytuacji ekonomicznej naszych placówek są takie, że taryfa świadczeń została określona w 2016 r. na bazie danych kosztowych z lat 2014–2015 na nieco ponad 56 zł. Inflacja od 2016 r. ma dość duże znaczenie, szczególnie w ostatnim okresie. Mamy systematyczny wzrost kosztów, w tym kosztów płacy minimalnej. Dotknęły nas koszty informatyzacji, wzrost cen paliw i ustawa podwyżkowa, a w zasadzie obecny sposób kierowania środków na podwyżki. Taryfa dotycząca opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz taryfa na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień zostały opublikowane obwieszczeniem prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dokładnie tego samego dnia, tj. 29 czerwca 2016 r.

Dlaczego o tym mówię? Ponieważ od 2016 r. do końca grudnia 2021 r. taryfa psychiatryczna została zwiększona o 43%. Natomiast zwiększenie wycen w opiece paliatywnej i hospicyjnej w tym samym czasie – bez przeprowadzania ponownej taryfikacji – nastąpiło tylko o niecałe 2%. To są konkretne dane na przykładzie województwa dolnośląskiego. Jeśli chodzi o psychiatrię, mówimy o stacjonarnym leczeniu uzależnień. Jeżeli mówimy o hospicjach, chodziło tutaj o hospicjum domowe. Proszę państwa, to jest wykres, który najlepiej pokazuje to, co nas boli. Na samym dole kolorem czerwonym oznaczono cenę punktu. Faktycznie od lipca 2022 r. cena punktu wzrosła mniej więcej o 21%. Natomiast zielona linia, to inflacja. Od momentu, kiedy były zbierane dane kosztowe wynosi ona już ponad 40%. Niebieska linia, to płaca minimalna, która wzrosła już o ponad 170%. Najwyższa linia na wykresie, to cena 1 litra oleju napędowego. Początkowo ta cena spadała, a w tej chwili zbliża się już do 220% wartości wyjściowej. Jak wiadomo, hospicja domowe, to tysiące kilometrów przejechanych każdego tygodnia i miesiąca przez naszych pracowników.

Brak waloryzacji wycen, to nie jest tylko nasze zdanie, jako środowiska. Było to podkreślane również przez Najwyższą Izbę Kontroli. W dniu 22 kwietnia ub. r. prezes Najwyższej Izby Kontroli podsumował wyniki kontroli pt. „Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. W tym dokumencie jako pierwszy wniosek z kontroli skierowany do ministra zdrowia wskazano zapewnienie prawidłowego funkcjonowania mechanizmu aktualizacji wycen, wynikającej ze wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem wynikającej z ustawy o świadczeniach kompetencji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i Narodowego Funduszu Zdrowia. To nie jest pierwszy raz, kiedy w dokumentach Najwyższej Izby Kontroli pojawiały się wnioski mówiące o braku aktualizacji wycen.

W 2014 r. na Dolnym Śląsku była przeprowadzona kontrola dotycząca funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012–2014. W 2014 r. kontrola dotyczyła pierwszego półrocza. Wśród wniosków z tej kontroli znalazł się zapis stwierdzający, że należy podkreślić, że nawet ceny jednostki rozliczeniowej takiej opieki na poszczególne lata nie były urealniane chociażby o wskaźnik inflacji. Oczywiście brak waloryzacji wycen w Narodowym Funduszu Zdrowia nie dotyczy tylko opieki paliatywnej i hospicyjnej, chociaż mam wrażenie, że w naszej działce, w naszej branży jest szczególnie istotny. Dla mnie jest to nie do końca zrozumiałe, ponieważ ustawa – Prawo zamówień publicznych, w art. 439 przewiduje obowiązek wprowadzenia do zawartej na okres dłuższy niż 12 miesięcy umowy, której przedmiotem są usługi, postanowień dotyczących zmian wysokości wynagrodzenia należnego wykonawcy w przypadku zmiany cen materiałów lub kosztów związanych z realizacją zamówień.

Taki zapis pojawił się zresztą w ustawie – Prawo zamówień publicznych, kilka lat wcześniej. Dotarłem do wyników głosowań. Stało się to w zasadzie przy zdecydowanym poparciu ponad 400 posłów obecnych na sali. Świadczenia medyczne, to również usługi. Są to usługi o szczególnym znaczeniu dla społeczeństwa. Niestety ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej nie przewiduje wzrostu wycen w sytuacji wzrostu kosztów reali-

zacji świadczeń, chociażby w związku ze wzrostem cen energii, leków czy pracy. Jeśli chodzi o ustawę podwyżkową, Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie zatwierdzonej przez ministra zdrowia rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 13 lipca br. dokonał zwiększenia wyceny świadczeń. Pomimo uznania opieki paliatywnej i hospicyjnej za obszar wymagający pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, nadal mamy tu jednak problemy.

Wzrost wycen jest zbyt niski w stosunku do wzrostu kosztów. Z wyceny wynikają różnice, które są związane ze sposobem zatrudniania pracowników czy współpracowników. Chciałbym to pokazać jako dyskryminację przedsiębiorców. Niestety nie jest uwzględniona coraz gorsza sytuacja ekonomiczna naszych placówek. W aneksie do rekomendacji prezesa agencji – to, co podam, to jest cytat – „Wskazano obszary świadczeń zidentyfikowane jako wymagające podjęcia pilnej interwencji w zakresie zwiększania poziomu finansowania. W trakcie prac analitycznych, w drodze konsultacji z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także na podstawie postulatów zgłaszanych przez środowiska eksperckie oraz świadczeniodawców zidentyfikowano obszary świadczeń, które wymagają podjęcia pilnej interwencji w celu zwiększenia poziomu finansowania. Do obszarów tych należą m.in. opieka długoterminowa – pielęgniarska domowa oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych, oraz opieka paliatywna i hospicyjna".

W tymże aneksie do rekomendacji prezesa wskazano, że aktualne na pierwsze półrocze 2022 r. stawki za osobodzień w umowach, już uwzględniając dodatkowe środki – tzw. „zębalówkę" czy kwoty współczynników, związane z dodatkowymi środkami kierowanymi na wzrost wynagrodzeń pracowników zatrudnionych na etatach – kształtowały się w ten sposób, że stawka minimalna w opiece hospicyjnej, to ok. 50 zł. Średnia stawka, to 62,5 zł. Stawka maksymalna, to 72 zł. W tejże rekomendacji wartość 6. decyla określono na 63,47 zł. Kwotę wzrostu wartości w grupie określono na 13,49 zł. To dało łączną kwotę 76,96 zł. W zasadzie jest to w tej chwili minimalna kwota, którą Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za osobodzień. To jest wzrost o 21% w stosunku do poprzedniej wyceny. Widzieli to państwo również na tym wykresie, który pokazywałem.

Proszę państwa, przyjęty przez ministerstwo sposób wzrostu finansowania jest – oczywiście – zdecydowanie lepszy z naszego punktu widzenia niż kierowanie środków na podwyżki metodą sprzed roku, czyli na PESEL. Jednak rozwiązanie przyjęte w ubiegłym roku nadal skutkuje dyskryminacją podmiotów, które zatrudniają pracowników w ramach umów cywilnoprawnych. Placówki, które miały wyższe dodatki do świadczeń – tzw. kwotowe współczynniki korygujące – obecnie uzyskały znacząco wyższe stawki. Jeżeli w roku ubiegłym pokazano, że zatrudniamy pracowników na etatach, było to dodatkowe źródło finansowania. W tym roku jest wycena pojedynczego świadczenia, ale te placówki, które w ubiegłym roku miały dość wysokie wskaźniki korygujące, dostały dodatkowe, związane z tym pieniądze.

Gorsze warunki zatrudnienia powodują nieodwracalny odpływ kadr. Podczas konferencji w kwietniu br. pani dr Izabela Kaptacz, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej poinformowała, że już połowa pielęgniarek posiadających specjalizację pielęgniarstwa opieki paliatywnej nie pracuje w żadnej placówce hospicyjnej. Te pielęgniarki odeszły do innych świadczeniodawców, którzy mogą zaproponować korzystniejsze warunki pracy. Proszę państwa, podsumowanie. Faktycznie jesteśmy tylko trybikiem w maszynie. Niby ważnym, ale zwykle zapomnianym. Nakłady na opiekę paliatywną, to niecały 1% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Był COVID, była wojna. Zawsze były pilniejsze sprawy. Pogotowie strajkowało i ma. My nie będziemy strajkować, ale jeśli raz odejdą pielęgniarki, lekarze, psychologowie, fizjoterapeuci, to już nie wrócą.

Po cichutku do historii przejdzie ten kawałek polskiej medycyny, którego wyjątkowo nie trzeba się wstydzić, ponieważ organizację i funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce chwalą w Europie i na świecie i pokazują jako przykład do naśladowania. Nasze postulaty. Zgodnie z decyzją Ministerstwa Zdrowia zapisaną w Krajowym Planie Transformacji do 2025 r. powinno nastąpić podwojenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. Brak wzrostu stawek u nas i stale rosnące finansowanie innych zakresów świadczeń – szpitale, AOS, ratownictwo, psychiatria – powodują

odpływ kadr. W szpitalach powiatowych dodatkowo zwiększono wyceny poprzez współczynniki korygujące i dopłaty do 16% już po wejściu w życie działań związanych z rekomendacją prezesa agencji. Występujemy w wnioskiem o natychmiastowe wyrównanie stawek do aktualnie maksymalnych, czyli do 86,89 zł, zniesienie limitowania świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, pilny wzrost wycen o minimum 25% oraz wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia mechanizmu automatycznej kwartalnej waloryzacji wyceny świadczeń. W imieniu naszych pacjentów i współpracowników bardzo proszę o pomoc i o zrozumienie w tym zakresie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo panu doktorowi. Wracam do wystąpienia pani dyrektor z Ministerstwa Zdrowia, która mówiła o powołaniu 29 lipca br. zespołu. Myślę, że państwo również wchodzą w skład tego zespołu i o tych sprawach mówią państwo na licznych spotkaniach, które odbywają się co 2 tygodnie, a nawet co tydzień. Myślę, że na końcu pani dyrektor będzie uprzejma powiedzieć, jakie są efekty – przynajmniej z ekonomicznego punktu widzenia – tych uwag, które zostały przedstawione i jaki zasięg mają one podczas prac waszego zespołu. Rekomendacje miały być do końca roku, ale pani dyrektor mówi, że praca zespołu będzie przedłużona. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, tak zakładamy. Wypowiadam się tutaj w imieniu zespołu, którego też jestem członkiem. Zakładamy, że nie wystarczy nam czasu, żeby wypracować wszystkie rozwiązania do końca bieżącego roku. Taki jest wniosek przeważającej części ekspertów, którzy zasiadają w tym znakomitym gronie. Na pewno do końca tego roku wypracujemy już jakieś rozwiązania, chociażby częściowo. W znakomitej większości je wypracujemy. Tak że będzie już jakiś efekt. Następnie przedstawimy je ministrowi zdrowia, w podziale na zadania, które mogą być wykonane pilnie i szybko przy pomocy naszych jednostek podległych. Oczywiście mam tutaj na myśli głównie Narodowy Fundusz Zdrowia. Będą także takie zadania, które wymagają bardziej dokładnych działań długofalowych.

Mam tutaj na myśli chociażby zmianę warunków realizacji świadczeń, czyli zmianę kryteriów włączenia do poszczególnych świadczeń, bo tutaj też są liczne niedomówienia i – jak myślę – wątpliwości interpretacyjne. Należy to zawęzić i uściślić tylko po to, żeby większa liczba pacjentów, którzy maja takie wskazania, skorzystała z tych świadczeń. Do tego trzeba będzie zmienić koszyk świadczeń gwarantowanych. Dlatego mam tutaj na myśli działania długofalowe, bo to jest zmiana rozporządzenia ministra zdrowia. Kiedy przechodzimy do zmiany rozporządzenia ministra zdrowia, do głosu dochodzą eksperci, którzy nie zasiadają w naszym zespole. Tutaj też konsultujemy te rozwiązania z szerokim gronem ekspertów. Jeżeli nie ma wypracowanego wspólnie stanowiska, nie ma też woli, żeby to wprowadzić, po stronie samych świadczeniodawców. Panie przewodniczący, to jest główny punkt, z którym się mierzymy zmieniając koszyki świadczeń gwarantowanych, ale odpowiadając na pana pytanie powiem, że – oczywiście – będziemy w stanie przedstawić państwu coś do końca roku.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Tylko, że trwają prace nad budżetem na 2023 r. Myślę, że te wszystkie uwagi, o których mówimy, powinniśmy próbować dosyć szybko wcielić do prac nad budżetem, bo kolejny rok będzie stracony. Zagrożenia, które według pana doktora są przez ośrodkami pomocy paliatywnej i hospicyjnej, są olbrzymie. Nie tylko kadrowe, ale również organizacyjne. Myślę, że dobra opinia – takie jest moje skromne zdanie – na temat opieki paliatywno-hospicyjnej jest chyba głównie dzięki temu, że są to ośrodki wspierane przez różnego rodzaju stowarzyszenia, fundacje i organizacje. Myślę, że bez nich ten poziom byłby zdecydowanie niższy. Jeżeli chodzi o kadrę medyczną, o pielęgniarki czy o lekarzy, o których powiedziano, to rzeczywiście, w niektórych ośrodkach są to sytuacje wprost dramatyczne. Gdyby nie pomoc tych organizacji, to mielibyśmy naprawdę dużo gorszą i bardzo kiepską opinię na temat tej opieki. Na razie dziękuję, pani dyrektor.

Chciałem zaprosić państwa do dyskusji. Rozpoczynamy. Proszę bardzo. Zaczniemy od parlamentarzystów. Pozwolą państwo, że zabiorą głos w pierwszej kolejności. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, pierwsze mam pytanie ogólne. Jaki procent PKB jest przeznaczany na opiekę długoterminową? Drugie pytanie dotyczy opieki paliatywnej i hospicyjnej, ponieważ kryzys dzieje się tu i teraz. To znaczy, hospicja… Powiem to na przykładzie Hospicjum Cordis w Katowicach, jednego z bardzo dużych hospicjów opieki stacjonarnej, ale także domowej. Organizuje ono dramatyczne zbiórki, żeby w ogóle móc się utrzymać, bo pieniądze z NFZ pokrywają 60% potrzebnych kosztów wynagrodzeń, prądu, energii, opieki, pożywienia i wszystkiego. Jeśli hospicjum tych środków nie uzbiera, będzie musiało po prostu odciąć pacjentów od korzystania ze swoich usług. To jest kwestia tego, że wysokość środków, które otrzymują hospicja i opieka paliatywna, różni się między województwami. To nie są jednolite stawki. To nie jest jednolite finansowanie. Kiedy to się zmieni? Kiedy realnie hospicja czy ośrodki zajmujące się opieką paliatywną będą w stanie utrzymać się nie tylko ze zbiórek? Te zbiórki wcześniej czy później się skończą, bo jako obywatele naprawdę zbieramy się na bardzo wiele rzeczy.

Moje następne pytanie dotyczy opiekunów medycznych. Tak naprawdę, jest to pytanie skierowane przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych do mnie i do nas wszystkich. W opiece długoterminowej zatrudnionych jest ok. 7 tys. opiekunów. Jest to liczba zbyt mała w stosunku do potrzeb. Ponieważ jesteśmy społeczeństwem starzejącym się, z pewnością ta liczba będzie musiała wzrosnąć. W związku z tym potrzebna będzie większa liczba etatów, a tym samym większe finansowanie. Pytanie, czy państwo widzą taką potrzebę. Kiedy ona zostanie zrealizowana? Następna kwestia jest taka, że w związku z wejściem w życie ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia części opiekunów medycznych zmniejszyły się etaty. To znaczy, już nie są na pełnych etatach, tylko np. na 0,8 albo 0,75 etatu. To znaczy, że praca opiekunów medycznych musi być wykonywana np. przez pielęgniarki.

Jeśli ponownie mówimy o tym, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową będzie wzrastało, to ponownie kłania się kwestia kadr, a właściwie deficytu kadr w opiece nad osobami. Kolejny element, to kwestia opiekunów nieformalnych. Wspominała pani o zabezpieczeniu komfortu tych osób. Natomiast ciężko jest mówić o komforcie, jeśli z racji utraty pracy, czyli odejścia z pracy kwota, którą opiekunowie nieformalni otrzymują od państwa, jeśli niepełnosprawność powstała po ukończeniu 18. roku życia, to jest 630 zł. Ciężko mówić o tym, że rodzina będzie mogła zajmować się osobą z niepełnosprawnością wymagającą opieki długoterminowej. Kwestia, która pochodzi z Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, to jest pytanie o deinstytucjonalizację całego procesu. Czy mają państwo wyznaczone jakieś kamienie milowe realizacji strategii deinstytutonalizacji? Czy ona będzie realizowana razem z Departamentem Polityki Społecznej, bo – jak wiemy – opieka długoterminowa jest dość rozdrobniona?

W programie inwestycyjnym modernizacji podmiotów leczniczych zakładają państwo zwiększenie bazy łóżkowej do 15 tys. dodatkowych łóżek w opiece długoterminowej oraz 1 tys. dodatkowych łóżek w opiece geriatrycznej. Pytanie dotyczy zabezpieczenia kadr. Rozumiemy, że łóżka, to jest kwestia ważna, ale jest pytanie, kto osobom na tych łóżkach będzie w stanie pomóc? Jak to się ma do strategii deinstytucjonalizacji, którą nasze państwo prędzej czy później będzie musiało przyjąć? Mam też pytanie dotyczące tego, o czym mówił rzecznik praw pacjenta. Czy mają państwo dane, jak długo oczekuje się średnio na miejsce w hospicjum czy na wsparcie, jeśli chodzi o hospicyjną opiekę domową, na opiekę długoterminową w DPS czy w ZOL? Czy mają państwo zebrane takie dane? Jakie są kroki, żeby kolejka i czas oczekiwania były krótsze? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Przede wszystkim największe problemy są z zakładami opiekuńczo -leczniczymi. Tam są wielomiesięczne kolejki. Mówiąc brutalnie, pacjenci w większo-

ści nie doczekają się miejsca w danym zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Jeszcze pani posłanka Marcelina Zawisza. Bardzo proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dziękuję, panie przewodniczący. Chciałabym poruszyć kilka rzeczy, które już padły. Chciałabym podać pewne rzeczy w wątpliwość. To znaczy, dla mnie fakt, że rzecznik praw pacjenta nie ma dostępu do DPS to jest coś, co powinno zostać poprawione jednym zapisem. Generalnie ta dziwna konstrukcja, w której część opieki długoterminowej podlega Ministerstwu Rodziny i Polityki Społecznej, a część Ministerstwu Zdrowia, powinna zostać naprawiona. Moje pytanie: czy jakiekolwiek działania są podejmowane w ministerstwie, które miałyby naprawić tę sytuację tak, żeby pacjenci i pacjentki mieli pełny dostęp do realizacji swoich praw?

Jest wystąpienie rzecznika praw pacjenta w sprawie hospicjów. Chciałam się skupić na innej kwestii niż posłanka Rosa. To znaczy, to jest wykluczenie chorych z terenów wiejskich. Chciałabym odnieść się do tego, co było w prezentacji, to znaczy do sytuacji, w której wycena świadczeń nie uwzględnia np. dojazdu do danego pacjenta. Nie uwzględnia tego, że dana osoba musi poświęcić więcej czasu, żeby dojechać do terenu wiejskiego i tam zaoferować pomoc w domu. W takiej sytuacji te osoby są po prostu wykluczone. Czy w tym momencie są procedowane jakieś nowelizacje przepisów, które pozwalałyby na to, żeby jednak dojazd uwzględnić w tej wycenie? Żeby po prostu nie doprowadzać do takiej sytuacji, że chorzy z terenów wiejskich mają utrudniony dostęp do opieki hospicyjnej i do leczenia długoterminowego.

Dla mnie jeszcze jedna rzecz jest ważna w tej całej sytuacji dotyczącej opieki hospicyjnej. Z przerażeniem patrzę na te zbiórki, które są organizowane przez hospicja. Wszyscy wiemy, że wycena świadczeń medycznych w Polsce leży i kwiczy. W zasadzie w każdym obszarze – chyba poza jednym – ta wycena powinna być po prostu zwiększona. Opieka hospicyjna i paliatywna to coś, na czym chyba jednak nie powinniśmy oszczędzać. Wydaje mi się, że wycena świadczeń powinna tu być rzeczywista. Jest też prawdą, że trudna sytuacja hospicjów często wynika z tego, że pracują tam ludzie. To znaczy, prawdziwi ludzie, którzy mają serca i sumienia. Nie biorą tylko i wyłącznie tych osób, które – zgodnie z rozporządzeniem ministra zawierającym ograniczony wykaz jednostek chorobowych kwalifikujących do przyjęcia do hospicjum – mogą być do hospicjum przyjęte, ale także inne osoby, które cierpią na inne schorzenia i potrzebują wsparcia i pomocy.

W związku z tym pytanie. Czy ministerstwo jest w stanie poszerzyć ten katalog albo określić, że każda osoba, która potrzebuje pomocy paliatywnej lub hospicyjnej, po prostu powinna ją uzyskać, a nie wprowadzać katalog, który powoduje, że hospicja, które pochylają się nad pacjentami, są w trudniejszej sytuacji? Zresztą rzecznik praw pacjenta wystosował zapytanie do ministerstwa. Nie znalazłam odpowiedzi na to zapytanie, w związku z czym teraz kieruję to pytanie do przedstawicielek ministerstwa. Chciałabym wstawić się za postulatami, które były prezentowane przez zaproszonych gości, bo wydaje mi się, że to nie jest coś, czego nie bylibyśmy w stanie zrobić jako państwo. To znaczy, musimy przestać myśleć o Polsce jako państwie, które jest na dorobku. Jesteśmy raczej względnie zamożnym państwem, które powinno traktować osoby nieuleczalnie chore, którym potrzebne jest leczenie hospicyjne i paliatywne, w sposób godny.

Doceniam to, że te nakłady są zwiększane, ale jednak są zwiększane w sposób stanowczo niewystarczający. Biorąc pod uwagę to, w jak trudnej sytuacji znalazły się hospicja w związku z ustawą o minimalnych wynagrodzeniach, jest to coś, co powinno być skorygowane i to bardzo szybko. Jeśli chodzi o deinstytucjonalizację i przejęcie części opieki również przez rodzinę, o czym mówiła posłanka Rosa, to jest w Sejmie ustawa o zrównaniu świadczeń. Ja ją złożyłam. W takim sensie, że osobiście ją złożyłam. To jest moja ustawa. Przygotowałam i ona leży. Ma numer druku i nic poza tym. Generalnie, jeżeli rząd Prawa i Sprawiedliwości chce mówić o tym, że troszczy się o osoby, które najbardziej potrzebują wsparcia, to chciałabym, żeby Ministerstwo Zdrowia jednak procedowało tę ustawę. Ona jest naprawdę prosta. To jest jeden prosty zapis, który naprawdę nie wymaga jakiejś skomplikowanej pracy. Napisanie tej ustawy wspólnie ze współpra-

cownikami zajęło jakieś 3 dni, łącznie z uzasadnieniem, które również nie jest bardzo skomplikowane, ponieważ to jest prosta rzecz.

Wiem, że to jest koszt dla państwa. Jeżeli chcemy, żeby ludzie zajmowali się swoimi bliskimi, to 630 zł, to nie jest coś, co zrekompensuje brak możliwości pracy. Opieka nad osobą, która jest np. w terminalnym stadium nowotworu, to nie jest coś, co można wykonywać przez 4 godziny dziennie, a potem iść na 8 godzin do pracy i zostawić tę osobę samą. Tak to po prostu nie wygląda. Jeżeli chcemy, żeby ludzie decydowali się również na to, żeby wspierać swoich bliskich w tym ostatnim okresie, to niech państwo zacznie ich wspierać. Ta ustawa jest. Leży. Można z niej skorzystać. Jeśli nie chcą państwo jej procedować dlatego, że jest ustawą opozycji, to po prostu proszę skopiować te przepisy. Przepisy prawa, ustawa nie podlega prawu autorskiemu. Nie obrażę się. Byłabym bardzo wdzięczna, bo wydaje mi się, że jest to w naszym wspólnym interesie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Jerzy Hardie-Douglas.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo. Chciałem wrócić do tematu DPS-ów. Zresztą rzecznik praw pacjenta wspomniał o tym, że nie ma dostępu do pacjentów DPS, ale to akurat wydaje mi się najmniej ważne. Chcę powiedzieć, w jaki sposób pacjenci czy osoby, które znajdują się w DPS, trafiają tam. Zwykle są tam kierowane przez MOPS-y i GOPS-y. Byłem przez wiele lat burmistrzem miasta – powiedzmy, że średniego – więc doskonale wiem, jaki jest mechanizm takiego skierowania. Każdy samorząd unika skierowania pacjenta do DPS, ponieważ koszty utrzymania spadają na gminy, a są one dosyć wysokie. Koszt utrzymania jednego pensjonariusza w DPS jest coraz wyższy. To powoduje, że – oczywiście – do kiedy można, jest zapewniona opieka domowa przez opiekunki dochodzącej do tych osób, które wymagają opieki. W pewnym momencie, kiedy to już nie wystarcza, osobę kieruje się do DPS.

Domy Pomocy Społecznej są miejscami, w których absolutnie przenikają się zadania zakładów opieki długoterminowej i zakładów opiekuńczo-leczniczych, ale cały czas nie są uznawane za podmioty lecznicze. To jest nieprawidłowe, ponieważ znaczna część działalności DPS sprowadza się do opieki i leczenia osób, które w nich są. To, że DPS -ów nie zaliczono do podmiotów leczniczych powoduje konkretne perturbacje. Są one szczególnie widoczne, kiedy podnoszone są wynagrodzenia, m.in. pielęgniarek. Po prostu pielęgniarki, które jeszcze są w DPS-ach, z tych DPS-ów odchodzą. Sytuacja domów pomocy społecznej jest coraz trudniejsza. Koszty zatrudnienia personelu medycznego, który musi być przynajmniej w większości dużych DPS, są coraz większe, a refundacji tego ze strony państwa nie ma. To jest konkretny problem, który powinien być szybko rozwiązany. Nie należy udawać, że domy pomocy społecznej nie są jednostkami, które sprawują opiekę medyczną.

Druga sprawa, o której chciałem powiedzieć, to wyceny w hospicjach. Byłem inicjatorem powstania hospicjum domowego w moim mieście, a potem przez wiele lata byłem włączony w to, żeby wybudować hospicjum stacjonarne. To hospicjum powstało całkowicie bez pomocy państwa, wyłącznie ze składek osób i przedsiębiorstw, które były na tym terenie. Liczyliśmy na to, że w momencie, kiedy hospicjum powstanie i już będzie miało kontrakt z NFZ, problem będzie rozwiązany, ale nie jest rozwiązany, ponieważ – jak tutaj usłyszeliśmy – wycena osobodnia w ogóle nie oddaje kosztów utrzymania osób w hospicjach. Jak co roku, za parę dni będę – niestety – uczestniczył w kolejnej kweście 1 listopada, zbierając pieniądze już nie na budowę hospicjum, tylko na utrzymanie pensjonariuszy tego hospicjum. To jest naprawdę żenujące. Nie mam nic przeciwko kwestowaniu. Robię to bez najmniejszego problemu. Natomiast to nie powinno w ten sposób wyglądać.

Dlaczego tak to wygląda? To jest sprawa działalności AOTMiT. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji działa bardzo wolno. Miesiącami obrabia jeden temat, a w tym czasie inflacja rośnie. To, co oni wyplują na końcu już w ogóle nie odnosi się do rzeczywistej sytuacji związanej z kosztami utrzymania. Koszty procedur medycznych są zaniżone, jak zresztą mówiła pani posłanka Zawisza. One są właściwie zaniżone w każdej dziedzinie, ale to jest szczególnie widoczne właśnie m.in. w hospicjach i zakładach

opiekuńczo-leczniczych, w których koszt czy osobodzień w wysokości 70 zł jest po prostu jakąś kpiną w momencie, kiedy wszystkie koszty utrzymania tych zakładów wzrosły. Nie wiem, jak to rozwiązać. My nie rządzimy, w związku z czym jest mi trudno brać za to odpowiedzialność. Działalność m.in. AOTMiT, która jest przyczyną tego, że końcowa wycena jest już nieadekwatna w momencie, kiedy się ukaże, bo oni to obrabiają 1,5 roku czy 2 lata. To jest w ogóle jakaś żenada. To, co potem od nich wychodzi, w ogóle nie odzwierciedla rzeczywistości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Tylko bardzo proszę przedstawić się do protokołu. Bardzo proszę, pani. Odpowiedzi będą na końcu, proszę państwa. Przepraszam osoby reprezentujące rzecznika czy Ministerstwo Zdrowia. Odpowiedzi będą na końcu, po zakończeniu dyskusji. Tak że proszę sobie ewentualnie notować pytania. Jeżeli nie będą państwo w stanie odpowiedzieć, będziemy prosili o odpowiedzi na piśmie. Bardzo panią proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Dziękuję panu doktorowi, który przedstawił informację o tym, jak wygląda obecnie sytuacja w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Ponieważ tematem dzisiejszego spotkania jest również opieka długoterminowa, chciałabym również skoncentrować się i powiedzieć historycznie, jak wygląda obecnie stan opieki długoterminowej w Polsce. Proszę państwa, o wycenę świadczeń czy podniesienie wzrostu wyceny świadczeń w opiece długoterminowej naczelna rada wnosi już od wielu lat. Dawaliśmy też propozycje, w jaki sposób można zwiększyć bezkosztowo dostępność do tych świadczeń. Zwracaliśmy się m.in. o możliwość wydłużenia realizacji świadczeń, powiedzmy od godz. 7.00 do godz. 21.00. Jeżeli pielęgniarka wchodzi do domu pacjenta, rodzina… Wiadomo, jak w tej chwili wygląda system pracy.

Czasami pracują dłużej. Żeby można było wyedukować tę rodzinę, chcieliśmy wydłużyć czas pracy. Żeby pielęgniarka miała też możliwość wchodzenia do domu również w soboty i niedziele, nie tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach. Jest taka możliwość, ale to muszą być medycznie uzasadnione przypadki, żeby pielęgniarka w sobotę czy niedzielę mogła wejść do domu pacjenta. Ponadto chcę też powiedzieć, że przed wzrostem wyceny świadczeń związanym z ustawą o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia, w opiece długoterminowej domowej do czerwca br. obowiązywała stawka 30,08 zł. Ta stawka obowiązywała od 2016 r., a była liczona na bazie 2013 r. i 2014 r. Proszę państwa, tyle lat. Mało tego. W całej Polsce nie była ona tożsama z tym, co proponowała Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Oczywiście wszystko zależało od województwa i od świadczeniodawców, którzy przystępowali do opieki długoterminowej. W związku z tym wynosiła nawet od 27 zł za osobodzień na pacjenta.

Niech państwo zobaczą, że przez tyle lat nic się nie zmieniło w tym zakresie. Ta stawka obowiązywała do 30 czerwca br. Od 1 lipca br. została podniesiona do 42–44 zł, w zależności od województwa. Ta stawka została podniesiona tylko dlatego, że weszła w życie ustawa o płacy minimalnej w ochronie zdrowia i miało to jak gdyby rekompensować wzrost wynagrodzeń. Co się okazało? Jako naczelna rada już przed wejściem ustawy monitowaliśmy i przeliczaliśmy, że – niestety – jeżeli wejdzie taka wycena, podmioty pielęgniarskie działające w opiece długoterminowej domowej – oczywiście mówimy też o opiece stacjonarnej – nie będą w stanie zabezpieczyć z tych środków nawet najniższego współczynnika, czyli 0,94. To jest 5300 zł z groszami. Nie będę mówiła o szczegółach. To nawet nie było i nie jest w stanie zabezpieczyć, dać środków na najniższe wynagrodzenia.

Przypominam, że tak naprawdę ustawa jest kierowana do podmiotów zatrudniających pracowników na umowie o pracę. Proszę zauważyć, że w tej chwili podmioty pielęgniarskie, które zatrudniają pielęgniarki na umowie o pracę, tak naprawdę stały się zakładnikami tej ustawy, ponieważ ponoszą większe koszty. Ustawa dotyczy właściwie w tej chwili podmiotów, które zatrudniają na umowach cywilnoprawnych i na umowach o pracę. Nie ma żadnych współczynników korygujących ani dodatkowych kryteriów, które w jakiś sposób premiowałyby podmioty, które zatrudniają na umowach o pracę. Proszę państwa, doszliśmy w tej chwili do takiej sytuacji, że od wejścia ustawy, czyli

od 1 lipca br. – a mamy już końcówkę października – nasi pracodawcy nie są w stanie z własnych środków pokryć dysproporcji wynikających z wysokości środków przekazywanych z funduszu zdrowia i środków wynikających z ustawy.

W związku z tym nasze koleżanki, które są zatrudnione na umowach o pracę, już w tej chwili składają wypowiedzenia z pracy w opiece długoterminowej domowej. Będą się starały przechodzić do podmiotów, które płacą tak, jak wynika ze współczynników wynagrodzeń z ustawy. Podmioty w szpitalach dają takie wynagrodzenia, bo nie wszędzie jest tak, że podmioty ich nie dają. Oczywiście są podmioty, które pięknie realizują tę ustawę i w jakiś sposób starają się pozyskać pielęgniarki, bo są ogromne braki. W związku z tym mamy naprawdę bardzo poważny problem. O tym problemie mówimy już wszędzie, gdzie się da. Mieliśmy naprawdę bardzo dużo spotkań, z których nic nie wynika. Mieliśmy spotkanie w naczelnej radzie z udziałem pana ministra Brombera, z udziałem pana prezesa Nowaka i z udziałem pana Topora-Mądrego, czyli z osobami, które decydują w Polsce o realizacji tych świadczeń i mają ich jakiś ogląd.

Właściwie pan prezes Nowak poprosił, żebyśmy dali swoje wyliczenia. Te, które obowiązywały do 30 czerwca br. i te, które obowiązują podmioty od 1 lipca br. Prosił o choćby jedno wyliczenie. Naprawdę z Polski wpłynęło bardzo dużo wyliczeń. Bardzo prostych. Przekazaliśmy to do funduszu zdrowia, ale nie otrzymaliśmy informacji zwrotnej, co się z tym dzieje, do chwili obecnej. Pan prezes Topór-Mądry również poprosił o te wyliczenia. Przesłaliśmy je, ale też nie mamy żadnej reakcji. Proszę państwa, czas leci. Nasze podmioty stają pod ścianą. Za chwilę może być taka sytuacja, że opieka długoterminowa domowa w Polsce przestanie istnieć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Coraz bardziej smutne i dramatyczne są te apele, ale myślę, że może w Narodowym Funduszu Zdrowia powstał zespół, który zajmie się analizą wniosków spływających z Polski.

Wiceprezes NRPiP Mariola Łodzińska:

To znaczy, ja nie wiem, że powstał zespół.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Mówię to trochę tak… Nie powiem, że złośliwie.

Wiceprezes NRPiP Mariola Łodzińska:

Ale czas leci.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Czas leci. Bardzo proszę.

Wojewódzki konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla województwa śląskiego Iwona Markiewicz:

Dzień dobry, witam serdecznie. Konsultant wojewódzki pielęgniarstwa opieki długoterminowej Iwona Markiewicz. Konsultant dla województwa śląskiego, jednak reprezentuję konsultanta krajowego, który – niestety – dzisiaj nie mógł być obecny. Proszę państwa, od 3 sierpnia br. mamy dramatyczną sytuację. To, co powiedziała pani prezes, jeszcze bardziej chcę podkreślić. Dlaczego? Dlatego, że wiele lat czekaliśmy na wycenę. Byłam tą osobą, która miała zaszczyt wyceniać świadczenia i być w 2015 r. ekspertem wyceny zarówno opieki długoterminowej domowej, jak i stacjonarnej. Znam całą metodologię. Bardzo dokładnie to pamiętam. Pamięć mnie nie zawodzi. Oczywiście, wówczas wycenialiśmy te świadczenia na podstawie danych archiwalnych. Czyli to był 2014 r. i 2013 r. Natomiast pierwszą stawkę otrzymaliśmy w 2015 r. pod koniec grudnia. Ona wynosiła ok. 28 zł i została obwieszczona, ale zespół bardzo mocno naciskał na ówczesnego prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Po półrocznych spotkaniach i negocjacjach wyceniono to na 30,08 zł. Niestety, jak powiedziała pani prezes, ta stawka została obwieszczona, ale fundusz oczekiwał stawki od 27 zł. Oczywiście, niektóre oddziały dawały 30,08 zł. Natomiast teraz bardzo długo oczekiwaliśmy właśnie na tę wycenę. Wszyscy pokładaliśmy w niej ogromne nadzieje. Natomiast okazało się, że jest tragedia. Od 3 sierpnia br. dostaję od świadczeniodawców

z województwa śląskiego pisma albo do wiadomości, albo z prośbą o pomoc. Oczywiście wszystkie pisma są kierowane do Ministerstwa Zdrowia, do NFZ i do agencji. Natomiast odpowiedzi są „kopiuj – wklej”. Niestety szablonowe. Półtora miesiąca temu mieliśmy spotkanie konsultantów w Ministerstwie Zdrowia. Przedstawiliśmy strasznie dramatyczną sytuację.

Oczywiście sytuacja w niektórych miejscach jest lepsza, a w niektórych gorsza, ale nie możemy powiedzieć, że jest dobra. Natomiast w przeciwieństwie do tego, co przedstawił pan doktor, jeśli chodzi o opiekę hospicyjną, w najbardziej trudnej sytuacji są podmioty, które zatrudniają pracowników na umowach o pracę, bo przede wszystkim ich obowiązuje ta ustawa. Nie jesteśmy w stanie… Szczególnie mówię to o województwie śląskim. Przy ostatnim konkursie ofert premiowane były podmioty, które będą zatrudniały – przede wszystkim mówimy o pielęgniarkach – osoby na umowach o pracę. I co? Teraz przede wszystkim nie jesteśmy w stanie spełnić tej ustawy. Ponadto pracowników kieruje się do sądów, ale nie chcemy rozpatrywać tutaj takiej sytuacji, że są wymagane kwalifikacje i posiadane kwalifikacje.

W ogóle nie mamy pieniędzy na wypłatę dla najniższej grupy, czyli dla grupy szóstej. Dzisiaj pokładałam wielkie nadzieje w tym, że kiedy tutaj przyjadę, otrzymam informację od pani dyrektor o tym, co zostało podjęte i czy zostały podjęte jakieś kroki, bo jest już październik. Tak naprawdę za chwilę będzie listopad, a my od lipca nie możemy sprostać wymaganiom. Mało tego. W województwie śląskim już wpływają wypowiedzenia podmiotów leczniczych realizujących świadczenia. Proszę wierzyć, że – oczywiście – to wynika z tego, że nie mamy kadry, ale tej kadry nie będziemy mieć. Dlaczego? Dlatego, że ona odpływa do podmiotów, które są w stanie zapłacić więcej pieniędzy. Tak samo jest z opiekunami. Opiekunowie medyczni idą tam, gdzie dostaną lepsze wynagrodzenie. Mówimy o wynagrodzeniu ustawowym, czyli o minimalnym i nie możemy temu sprostać. Tak, że bardzo, bardzo proszę…

Prosimy o pomoc, bo tak naprawdę jest wiele pism, wiele telefonów, wiele rozmów, ale ani o centymetr nie posuwamy się do przodu. Ani o krok do przodu. Boję się, że nasi pacjenci zostaną pozbawieni opieki. W końcu grudnia ub. r. w województwie śląskim pacjentów opieki długoterminowej pozostających pod naszą opieką było ponad 13 tys. Sytuacja covidowa doprowadziła do tego, że w tej chwili mamy roczne kolejki. W tej chwili, w ostatnim kwartale żaden z podmiotów, które jako konsultant obdzwoniłam, żeby się dowiedzieć, jaką mają sytuację kolejkową, nie przyjmuje pacjentów do końca roku. Po prostu są już nadwykonania. Każdy się martwi, czy te nadwykonania zostaną zapłacone. Przyjęcia są wstrzymane w bardzo dużej liczbie podmiotów.

Liczę na to, że to spotkanie, zarówno dla opieki hospicyjnej, jak i długoterminowej, będzie krokiem do przodu, żeby było lepiej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, pani doktor. Czy na takie trudne pytanie pani dyrektor byłaby w stanie w tej chwili krótko odpowiedzieć, bo pytania brzmią dramatycznie?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Brzmią dramatycznie i w tym momencie dotyczą głównie sytuacji finansowej. To znaczy, tak, jak kategoryzowałam sobie państwa wypowiedzi, to jest to sytuacja finansowa i to, jakie skutki przyniosła rekomendacja prezesa AOTMiT nr 65, zdaje się, że z lipca 2022 r. Faktycznie to dotyczy nie tylko państwa zakresu, ale także wielu innych zakresów świadczeń. Mogę powiedzieć, że w Ministerstwie Zdrowia trwają prace. Wyniki zostaną przedstawione pewnie w połowie listopada br. Zresztą do tego czasu Komisja Zdrowia otrzyma informację na temat realizacji tej ustawy. Tak naprawdę zobaczymy, w jakim stopniu te podwyżki zostały przekazane pracownikom.

O działaniach długofalowych dotyczących taryfikacji mówiłam na początku. Na razie o taryfikacji OPH, ale wiem, że trwają wspólne prace z przedstawicielami Kancelarii Prezydenta RP. Zostanie przeprowadzona weryfikacja wycen świadczeń w ramach opieki długoterminowej. To mogę państwu powiedzieć. Natomiast, jeżeli chodzi o taryfikację, to jest to proces długotrwały m.in. dlatego, że chodzi w nim o pozyskiwanie danych, a potem o weryfikację tych danych. Są one przekazywane w różnych stopniach szcze-

gółowości. Następnie trwa ich analiza. Cały proces taryfikacji, to również konsultacje publiczne, zapraszanie ekspertów na posiedzenia rady taryfikacji, a następnie publikacja raportu i w konsekwencji obwieszczenie prezesa agencji, które wskazuje, jak będą się kształtować taryfy w danym obszarze.

Rzeczywiście, tu jest dość duża praca przed AOTMiT, bo ten obszar nie był taryfikowany przez ładnych parę lat. Od 2016 r. Wtedy, na tamtym poziomie – jeszcze za kadencji poprzedniego prezesa – taryfy były na dość wysokim poziomie w skali Europy. Natomiast – niestety – zdezaktualizowały się, biorąc pod uwagę upływ czasu. To jest w planie na rok przyszły. Spodziewamy się, że taryfy, jeżeli proces taryfikacji zostanie rzeczywiście dobrze przeprowadzony, wejdą w przyszłym roku. Pewnie w drugiej połowie roku, biorąc pod uwagę ten okres… Nie, proszę państwa. Mówię o długofalowym działaniu taryfikacji świadczeń zgodnie z procedurami AOTMiT. Jak powiedziałam na wstępie, minister podejmuje inne, niezwiązane z taryfą – bo musimy rozróżnić taryfę i wycenę – działania, które mają na celu rewycenę, czyli po prostu doraźną wycenę świadczeń czy poszczególnych produktów rozliczeniowych.

Odpowiadając pani przewodniczącej i pani konsultant powiem, że wiem, że takie działania są podejmowane. W najbliższej przyszłości też będą państwu przedstawione czy opinii publicznej. Tak, że…

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękujemy bardzo, pani dyrektor. Ta odpowiedź jest pocieszająca. Po raz kolejny mogę tylko wyrazić żal, że nie ma dzisiaj z nami pana ministra albo któregoś z wiceministrów, bo to są tematy bardzo istotne. Wiedza jest potrzebna nam wszystkim. Z całym szacunkiem, ale pani dyrektor nie wszystko może nam przekazać. Mam może optymistyczną nadzieję, bo chciał zabrać głos pan poseł Bolesław Piecha, który reprezentuje partię rządzącą – były minister zdrowia… Myślę, że pan poseł podzieli się z nami swoją opinią. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Bolesław Piecha (PiS) – spoza składu podkomisji:

Dziękuję bardzo. Jestem przy ugrupowaniu, które tworzy rząd, ale nie jestem w rządzie, więc proszę to też odnotować.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Odnotowałem.

Poseł Bolesław Piecha (PiS) – spoza składu podkomisji:

W Sejmie jestem długo. Spotykaliśmy się czasami, zwłaszcza w sprawie opieki długoterminowej, bo to jest potężny problem. To zawsze był problem. Zaczęło się od momentu współpłacenia przez pacjenta – ile pacjent ma współpłacić, a ile nie i co się dzieje, kiedy nie współpłaci. To nie drgnęło. Natomiast cały czas jest takie oczekiwanie, że ten obowiązek powinno przejąć na siebie państwo. Czyli bliscy, rodzina nie powinna mieć z tym nic wspólnego. Powinno to robić państwo, ponieważ pacjent ma skromną emeryturę, która nigdy nie wystarczy. To samo działo się z domami opieki społecznej czy domami pomocy społecznej. One zawsze były na pograniczu opieki socjalnej z elementem medycznym. Żadne z ugrupowań rządzących nie zdecydowało się, żeby DPS-y stały się zakładami opieki zdrowotnej i podlegały tylko i wyłącznie Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Dzisiaj DPS-y są bezwzględnie w kompetencji samorządów. Tak zostało to ustalone. Przykro mi, ale tak to po prostu jest. Rozumiem, panie doktorze, panie burmistrzu, panie pośle, że samorząd chętnie by się tego zrzekł, bo wiem, że to są określone środki finansowe, które trzeba w budżecie zapewnić na DPS-y. One pewnie są mniejsze niż dotacja, bo tak zawsze jest. Natomiast mam jedno pytanie. Oczywiście, pierwsze pytanie jest skierowane do rządu. Rzeczywiście trzeba się zmierzyć z tymi wycenami w przypadku spraw związanych głównie z inflacją. To nie jest tak, że wszystkie hospicja mają problemy z dojazdem. Pewnie domowe tak. Tam koszt benzyny pewnie ma znaczenie. Nie potrafię powiedzieć, jakie. Pewnie pan prezes też nie potrafi powiedzieć, czy to jest 5%, 10%, 20% czy 100%, bo te sprawy będą różne. To wymaga bardzo poważnej analizy. Nie da się tego zmierzyć, czy obracamy się w 1 kilometrze czy 10 kilometrach, bo można mieć pacjentów tylko w obszarze 10 kilometrów, a niektórzy mają blisko.

Oczywiście to jest inna sprawa. To wymaga wyceny. Jak powiedziała pani dyrektor, ta wycena na pewno jest skomplikowana. Nie jest prosta. To jest jasne. Natomiast mamy też niepokojące stwierdzenie, że na Śląsku – a jestem ze Śląska – przyjęcia do opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej zostały wstrzymane. Pani konsultant, to niech mi pani teraz powie, ile mają państwo wolnych lóżek, jeżeli nikogo państwo nie przyjmują? Niech mi pani odpowie, bo to jest pytanie zasadnicze.

Wojewódzki konsultant dla województwa śląskiego Iwona Markiewicz:

Nie, nie. Może źle powiedziałam, że zostały wstrzymane…

Poseł Bolesław Piecha (PiS) – spoza składu podkomisji:

Aha. To zaraz pani sprostuje.

Wojewódzki konsultant dla województwa śląskiego Iwona Markiewicz:

…ale chodzi o to, że już nie mamy miejsc. To znaczy, nie mamy miejsc.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Bardzo proszę nie prowadzić dyskusji. Pani konsultant, bardzo proszę. Teraz mówi pan poseł. Później udzielę pani głos.

Poseł Bolesław Piecha (PiS) – spoza składu podkomisji:

Od pani konsultant wymagam pewnej dokładności, bo pani jest urzędnikiem. To wymagam już odpowiednich… To znaczy, jeżeli nie mamy miejsc, jest tworzona kolejka, bo po prostu potrzeby są większe i nie ma możliwości rozwoju. Natomiast proszę mi nie mówić, że nie przyjmujemy z powodów finansowych. Z powodów finansowych przyjmują państwo z biedą, bo mają państwo biedę. Akurat, jeżeli chodzi o dział opieki długoterminowej, jak jestem w Sejmie od 22 lat, co roku były różnego rodzaju apele od wielkich zakładów opiekuńczo-leczniczych czy pielęgnacyjno-opiekuńczych, bo one zawsze miały źle. Nie mówię już o szpitalach połączonych z DPS, o odwykówkach, itd. Tam zawsze było źle. Rozumiem ten problem. Jakoś te zakłady nie padły. Może jest to stwierdzone z przekąsem. Pewnie nie padną i teraz.

Natomiast apelowałbym jednak do rządu, żeby przyspieszył te prace i być może zaproponował jakąś wycenę prowizoryczną. Ta wycena nie jest prosta. To państwo doskonale wiedzą. Z drugiej strony jesteśmy na dość śliskiej linii granicznej, bo opieka paliatywna długoterminowa ma 2 aspekty finansowania. W hospicjum z zasady działa również ogromna mobilizacja społeczna. Jest wielu wolontariuszy, którzy tam pracują. Mój syn pracuje w warszawskich hospicjach. Za darmo, bo to są wolontariusze. Zawsze to będzie na tej zasadzie, czyli to nie będzie nigdy sprofesjonalizowane. Nie znam kraju, w którym opieka paliatywna i hospicyjna są sprofesjonalizowane. Nie są. Zawsze będą miały prywatny element we współpłaceniu albo w partycypacji rodziny. W Niemczech nie byłoby tego problemu, ponieważ dzieci potencjalnego pacjenta zostałyby obarczone alimentami i nie byłoby problemu z opłatami.

W Polsce gratuluję tym sądom, które takie wyroki będą ferować, bo cywilizacyjnie takich spraw alimentacyjnych w stosunku do dzieci nie zasądzamy. To jest przykre, ale tak powinno być. Jeżeli wycena jest na poziomie kilku tysięcy złotych, to partycypacja powinna być jasno określona. To wynika z kulejącej drugiej nogi, która mówi o partycypacji pacjenta albo rodziny w kosztach utrzymania. Nie mówię o hospicjach, bo to jest troszeczkę inny, odrębny problem. Mamy tu może mniej lecznictwa, a więcej pallium, bo nie słyszałem, żeby akurat hospicja kogokolwiek wyleczyły. Pallium jest bardzo ważne, humanitarne. Trzeba też na to spojrzeć być może przez inne środki finansowania, a nie tylko poprzez środki z Narodowego Funduszu Zdrowia, które – oczywiście – są w dyspozycji państwa. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję. Tylko współpłacenie, panie pośle, jeżeli tylko taki element pojawia się w jakiejkolwiek dziedzinie ochrony zdrowia, budzi wielkie emocje, wielkie problemy. Najczęściej wszyscy się odwracają. Mówią, że współpłacenia nie powinno być. Jest to problem. Dlatego jest to problem dla rządu, żeby…

Poseł Bolesław Piecha (PiS) – spoza składu podkomisji:

I dla nas.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Oczywiście, dla ustawodawców też. Po kolei, najpierw zgłaszała się pani. Bardzo proszę. Proszę się przedstawić do mikrofonu.

Przedstawicielka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemyślu, były konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla województwa podkarpackiego Bożena Majchrowicz:

Dzień dobry państwu. Bożena Majchrowicz, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu, były konsultant dla województwa podkarpackiego. Na początku chciałam podziękować panu prezesowi, który przedstawił bardzo dokładne wyliczenia i wykresy. Ta sprawa nie dotyczy tylko hospicjów, ale również zakładów opiekuńczo-leczniczych, które borykają się z problemami finansowymi, z otrzymaniem środków na leki, z utrzymaniem zakładów. Obiecałam świadczeniodawcom z naszego terenu, że o tym wspomnę. Zawsze brakowało pieniędzy, ale te zakłady do tej pory istnieją, więc podzielam tę nadzieję, że będą istniały dalej. Tylko nie wiadomo, na jakim poziomie. Spotkaliśmy się i mówimy o opiece długoterminowej, o opiece hospicyjnej, ale nie mówimy o rozwoju. Mówimy tylko i wyłącznie o funkcjonowaniu, o przetrwaniu.

Proszę państwa, jeżeli słyszę od pani dyrektor z Ministerstwa Zdrowia, że ta wycena się kiedyś pojawi czy rewycena, to za chwileczkę nie będzie mieć opieki długoterminowej, szczególnie domowej. Nie będzie pielęgniarek, ale nie z tego powodu, że ich brakuje, bo tak jest w większych aglomeracjach. Nie będzie pielęgniarek, ponieważ ta praca nie jest dla nich atrakcyjna. Nie jesteśmy w stanie spełnić wymogów ustawy o minimalnym wynagrodzeniu. To, co zostało podniesione w lipcu br., zostało podniesione na bazie funduszy, które spływały na wzrost świadczeń. Jest to – przytoczę to słowo – tzw. „zębalowe". Po odliczeniu „zębalowego" jesteśmy na poziomie 30,08 zł za osobodzień.

Jeżeli chodzi o dojazd do pacjenta, mamy taki zapis. Myślę, że pani Krystyna Łakomska o tym powie, że możemy do 30 kilometrów… Był. Reprezentuję Podkarpacie, gdzie odległości są naprawdę bardzo duże, np. w Bieszczadach, ale myślę, że wszędzie. Oczywiście koszt benzyny jest nieporównywalny do tego, co się działo np. rok temu. To są kolejne pieniądze, które musimy włożyć w paliwo. Poza tym… Dobrze. Bieszczady nie. Mamy Warszawę. Mamy aglomeracje – Kraków, Śląsk, Katowice. Osoby, które dojeżdżają, żeby realizować te świadczenia, muszą gdzieś zaparkować. Prawda? Też muszą się przemieścić. W związku z tym mamy dalsze wydatki. Wrócę jeszcze do kwestii DPS. Chcę się odnieść do tego, że jest propozycja pana posła, żeby one również były zakładami opiekuńczo-leczniczymi. Jak najbardziej, ale muszą spełnić te same wymogi, które spełniają zakłady opiekuńczo-lecznicze i hospicja stacjonarne. Nie są to małe nakłady. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Prosiłbym o krótsze wystąpienia, ponieważ wiele osób chce zabrać głos, a mamy trochę ograniczony czas. Pan zgłaszał się najpierw. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Zespołu Zamiejscowego ds. Analitycznych we Wrocławiu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wojciech Wysoczański:

Wojciech Wysoczański z AOTMiT.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Bardzo proszę. Pan i pan zza pana, ale to w drugiej kolejności. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora wydziału AOTMiT Wojciech Wysoczański:

Chciałem tylko wyjaśnić, jak działa mechanizm. Szkoda, że pan poseł wyszedł. Może wtedy pozyskałby wiedzę o tym, w jaki sposób został przemyślany w Polsce system wzorujący się na systemie DRG stosowanym za granicą i dlaczego mamy odrębnie wycenę punktową. Drugą sprawą jest to, ile ma kosztować punkt. Z tego względu, że istnieją zagadnienia dotyczące relacji pomiędzy poszczególnymi świadczeniami i te relacje

są raczej stabilne w dłuższych okresach, wprowadzono system punktowy. Z tego względu takie agencje jak Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji interweniują tylko i wyłącznie w takich sytuacjach – jak jest w Niemczech – kiedy dochodzi do potrzeby uwzględnienia zmiany wag pomiędzy poszczególnymi świadczeniami. Taka jest główna rola agencji tego typu, która ma np. wycenić, jaka jest relacja między opieką w hospicjum domowym, a opieką w hospicjum stacjonarnym. Tylko tego typu relacje mają być uwzględniane.

Natomiast wycena za punkt w Niemczech jest robiona co roku. Jest indeksowana, bo to jest związane z kosztami. To są zjawiska makroekonomiczne, które można uwzględnić w wycenie za punkt. Agencja wcale nie musi interweniować poprzez zmianę wszystkich taryf, ponieważ jest ich bardzo dużo. Chciałbym, żeby państwo zwrócili na to uwagę. W związku z tym metodologia wyceny tych relacji może dotyczyć danych historycznych. To znaczy, że agencja pozyskuje dane historyczne po to, żeby zobaczyć, jakie są miedzy nimi relacje. Natomiast do wyceny kontraktowania powinny być uwzględniane prognozy dotyczące np. inflacji. To są dwa różnego rodzaju zagadnienia. Po to zostały stworzone te 2 niezależne mechanizmy prowadzenia wycen – jeden długookresowy, a drugi krótkookresowy – żeby wykorzystać je w sposób optymalny.

W Polsce ten system został trochę zaburzony przez lata doświadczeń. Z tego względu, że w innych krajach różnice w wycenie punktowej są dodatkowo wykorzystywane np. do tego, żeby poprawiać dostępność w regionach, w których jest mniejsza dostępność. Wtedy podnosi się wycenę po to, żeby personel chciał się tam przemieszczać. Natomiast relacje pomiędzy świadczeniami w ramach jednego worka nadal pozostają takie same. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że mamy… Przychodzi mi do głosy przykład ze stomatologii, żeby oderwać się troszeczkę od medycyny paliatywnej właśnie po to, żeby zdystansować się i zrozumieć mechanizm. Jeżeli mamy taką sytuację, że mamy leczenie zachowawcze zęba bądź usunięcie zęba, to relacja między usunięciem, a leczeniem zachowawczym jest mniej więcej taka sama. Jeżeli chcemy, żeby było więcej stomatologów w regionie, w którym ich nie ma, wystarczy, że podniesiemy wycenę za punkt jednostkowy w regionach deficytowych.

Tak można zwiększać skłonność osób do przemieszczania się. Natomiast nie musimy zmieniać całej relacji poszczególnych świadczeń między sobą. Chciałbym, żeby państwo to też brali pod uwagę. W tej chwili mamy taką sytuację historyczną, że problem wyceny zmieniał się. Przez lata były różne naciski polityczne do tego stopnia, że przez dłuższy czas rezygnowano w ogóle z używania narzędzia do różnicowania cen. Stąd pojawiały się jednakowe wyceny punktu. To zabrało mechanizm regulacyjny. W tej chwili jesteśmy chyba gdzieś w połowie drogi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pani jeszcze chciała, ale proszę dosłownie pół minutki.

Były konsultant wojewódzki Bożena Majchrowicz:

Oczywiście. Zostało ogłoszone postępowanie konkursowe w województwie małopolskim na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze. Najwyższa stawka w tej chwili obowiązująca, to jest 46,23 zł za punkt, a cena oczekiwana w tym postępowaniu konkursowym wystawiona przez NFZ, to 44 zł. To wszystko. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Zgłaszał się pan z tyłu. Bardzo proszę.

Przedstawicielka Forum Hospicjów Polskich Jolanta Stokłosa:

Chciałam tylko powiedzieć, że…

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Proszę się przedstawić do mikrofonu.

Przedstawicielka Forum Hospicjów Polskich Jolanta Stokłosa:

Jolanta Stokłosa, Forum Hospicjów Polskich, zrzeszające hospicja pozarządowe. Już była mowa o Hospicjum Cordis. Naprawdę, jeżeli w tej chwili nie dostaniemy procentowego zwiększenia punktu, to mówimy poważnie, że w drugim kwartale przyszłego roku

będziemy musieli zmienić – ewentualnie częściowo – formy naszego działania. Czyli już nie będziemy realizować takiej liczby świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, bo w tej chwili – po 1 lipca – dopłacamy już tyle do realizacji tej opieki, że po prostu już nie będzie nas stać na to, żeby dopłacać. Jeżeli nie będziemy mogli dopłacać i wypłacać wynagrodzenia, trzeba będzie zwolnić pracowników. Trzeba będzie też ograniczyć opiekę paliatywną i hospicyjną i zastanowić się nad tym, co dalej stowarzyszenie ma robić. Powiedzmy, jak ma pomagać chorym, ale już w innym obszarze. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Taka sytuacja w hospicjach jest chyba w większości regionów w Polsce i to nie jest pocieszające. Bardzo proszę, pani się zgłaszała.

Przedstawicielka Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Maria Grzegorzewska:

Dzień dobry. Maria Grzegorzewska, kierownik Klinicznego Oddziału Opieki Paliatywnej w Rzeszowie. Podkarpacie. Chciałam zwrócić uwagę tylko na jedną rzecz. Cały czas mówimy o wzroście wyceny, która jest bardzo ważna, o zwiększeniu nakładów finansowych. To jest bardzo ważne. To jest w ogóle podstawa, ale jest jeszcze drugi problem. Problem koordynacji, szczególnie rozwoju opieki paliatywnej z rozwojem onkologii. Jest piękny program Narodowej Strategii Onkologicznej. Piękny. Ma 70 stron. O opiece paliatywnej jest mowa tylko w 4 punktach, w króciutkich zdaniach. Mogę powiedzieć z doświadczenia, że jeżeli przy ośrodkach onkologicznych nie będzie dobrze działających ośrodków opieki paliatywnej, to ta cała strategia się nie uda. Przykład z dzisiaj. Telefon. Pacjent ma otrzymać radioterapię na kręgosłup, ponieważ ma tam przerzuty. Pacjenta nie da się położyć. Nie może otrzymać tego leczenia, dopóki nie zostanie opanowany jego ból, więc musimy towarzyszyć onkologom.

Nie mówimy tylko o pacjentach, którzy są umierający, ponieważ zajmujemy się pacjentami chodzącymi, młodymi. To jest tzw. opieka wspierająca. Rozmawiałam tutaj z panią profesor. Pani profesor mówi, że 30% pacjentów zostało wypisanych u niej z oddziału. U mnie ok. 25% pacjentów jest wypisywanych, np. do dalszego leczenia na oddziałach onkologicznych, radioterapii czy chirurgii onkologicznej. Przygotowujemy pacjentów do tego, żeby mogli otrzymywać następne leczenie onkologiczne. Bardzo martwi mnie to, że rozwój ośrodków onkologicznych nie jest skorelowany z powstawaniem ośrodków opieki paliatywnej, że nie powstają. Powstają czasami w zupełnie innych miejscach w województwie. Nie tam, gdzie są ośrodki onkologiczne. To będzie bardzo spowalniało opiekę onkologów nad pacjentami onkologicznymi. To jest niezmiernie ważne. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Bardzo dziękuję. Myślę i mam nadzieję, że w tym pilotażu, który – jak wiemy – trwa już trzeci rok w sieci szpitali onkologicznych, ten aspekt gdzieś się pojawi. Jeżeli nie, to…

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Na pewno zbadamy ten problem. Dlatego, że rzeczywiście trzeba się zastanowić nad tym, dlaczego lekarze onkolodzy nie potrafią czy nie są w stanie odciążyć pacjenta w leczeniu bólu.

Przedstawicielka PTMP Maria Grzegorzewska:

Oni nie mają na to czasu.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Proszę nie…

Przedstawicielka PTMP Maria Grzegorzewska:

Przepraszam bardzo. Odpowiadam tylko na pytanie, bo miałam wrażenie, że na końcu był znak zapytania.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dobrze. Bardzo proszę. Teraz pani. Proszę się przedstawić.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej. Chciałabym powiedzieć tylko jedno. Mówimy tutaj o tym, że hospicja mają zbierać albo zbierają środki i że dzięki temu przeżywają. Mówimy o opiece paliatywnej – a myślę, że to samo

możemy powiedzieć o opiece długoterminowej – jako o świadczeniach gwarantowanych, a nie o świadczeniach, które są dofinansowywane poprzez zbiórki publiczne albo innego rodzaju zbiórki. Nie w każdym miejscu jest możliwość pozyskiwania dodatkowych środków. Możemy powiedzieć, że przed pandemią środki, które były faktycznie pozyskiwane, były zdecydowanie większe. Obecnie mamy ubożejące społeczeństwo. Mamy też duże zbiórki ze względu na Ukrainę. Naprawdę hospicja już nie pozyskują środków, które są takie, że mogłyby w jakiś sposób pomóc im w funkcjonowaniu. Chciałabym krótko zaapelować. W tej chwili dla nas jest to naprawdę taka potrzeba – żyć albo nie żyć. Jeżeli w szybkim tempie nie uzyskamy dodatkowych środków, które dadzą nam możliwość przetrwania, to po prostu część jednostek przestawnie funkcjonować. Oczywiście niektóre zostaną. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan prosił o głos. Bardzo proszę.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Tomasz Dzierżanowski:

Tomasz Dzierżanowski, również Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, wiceprezes, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ale przede wszystkim dyrektor medyczny „Caritas" diecezji warszawsko-praskiej. Zarządzam kilkunastoma jednostkami – kilkoma pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domu i kilkoma hospicjami domowymi oprócz tego, że jestem lekarzem i prowadzę poradnię medycyny paliatywnej. Chciałem zwrócić uwagę, że w opiece długoterminowej jest – jak cały czas słyszę – stawka 30 zł. Otóż nie. Do 30 czerwca br. miałem 28,19 zł. Następnie, po podwyżce dokładnie wyliczyłem, że podwyżka, którą dostaliśmy, to jest dokładnie 1600 zł, czyli „zębalówka", tylko przeliczona na osobodzień, na pacjenta. Czyli, mówiąc krótko, nie dostaliśmy ani grosza podwyżki. Jaka jest teraz sytuacja? Powiem to w dwóch zdaniach. Jednostka w Wołominie, to jest jedyna jednostka pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domu, która dostała kontrakt zmniejszony z 20 do 11 pacjentów.

Mamy grube segregatory z danymi ponad 60 pacjentów czekających w kolejce. Od czasu do czasu otrzymują oni pojedyncze świadczenia z funduszy samorządowych miasta i gminy Wołomin. Nawet nie ma mowy o tym, żeby przez te lata było nowe kontraktowanie, żeby to się zwiększyło. To jest niemożliwe. Jeżeli chodzi o koszty utrzymania, to – oczywiście – utrzymujemy to, bo jesteśmy „Caritasem" i zbieramy środki, ale zbiórki już się skończyły. Otwarte serca są dalej otwarte, tylko w tej chwili społeczeństwo zubożało. Nie mamy już 1%. To się dawno temu skończyło. Kilka lat temu. Nie będziemy mogli zebrać na bieżące utrzymanie jednostek. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Pan poseł Piecha rzeczywiście zwrócił uwagę na bardzo ważną rzecz. Mówimy o opiece paliatywno-hospicyjnej. Otóż nie ma opieki paliatywno-hospicyjnej. Jest opieka paliatywna. To jest świadczenie specjalistyczne określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2018 r. i z 2013 r. Jest określone w tych 2 rozporządzeniach. Natomiast, co to jest opieka hospicyjna? Tak, pan poseł Bolesław Piecha ma rację. Ruch hospicyjny, to jest coś zupełnie innego. To jest filozofia postępowania. Nie każde hospicjum, nie każda jednostka opieki paliatywnej zasługuje na nazwanie, że jest opieką hospicyjną, bo to jest coś więcej. To obejmuje i wolontariat i stowarzyszenie. Po prostu nie mylmy pojęć. Mówmy tutaj, na posiedzeniu podkomisji, o opiece paliatywnej, bo opieka hospicyjna, to jest coś więcej. Nigdy opieka hospicyjna nie była finansowana nawet w najmniejszym stopniu.

Nawet w wycenie nie brano pod uwagę tego, żeby np. przeszkolić wolontariuszy, a przecież w jakiś sposób musimy to zrobić, żeby byli wolontariusze niemedyczni i żeby mogli pracować. Żeby tę filozofię kultywować, mówimy tylko o opiece paliatywnej. Jest jeszcze jedna rzecz. Już teraz przechodzę do opieki paliatywnej. Mam akurat to szczęście i nieszczęście, że zarządzam jednostkami i opieki długoterminowej i opieki paliatywnej. To jest moja codzienność. Otóż są takie powiaty – tutaj, w województwie mazowieckim – w których Narodowy Fundusz Zdrowia sam wydzwania do dyrektorów medycznych – tak, jak do mnie – i błaga, żeby zorganizować zespół domowej opieki paliatywnej w tym czy innym powiecie. Pyta, czy na pewno tam nie dojedziemy? Czy nie dam rady choćby… Że dadzą mi każdą liczbę, bo nikt tam nie chce… Przy tych stawkach powinniśmy się

zamknąć, a już na pewno nie otwierać nowych jednostek. Jestem w stanie podać, jakie to powiaty.

W chwili obecnej jesteśmy w tak dramatycznej sytuacji, że proponuję i bardzo proszę o rozważenie… Wiem, że wycena opieki długoterminowej… Wiem, co to znaczy wycena, bo sam w niej uczestniczyłem w 2015 r. Byłem w tym zespole i dalej jestem. Prosimy, żeby od razu przynajmniej dwukrotnie podwyższyć wycenę osobodnia w opiece długoterminowej. To dopiero pokryłoby nasze długi i pozwoliłoby wejść w nowy rok. Tak samo, jeżeli chodzi o opiekę paliatywną czy to domową, czy to stacjonarną. Należałoby natychmiast procentowo podwyższyć stawki, a później mieć trochę oddechu, żeby zrobić wycenę. Za to, co dostaliśmy, praktycznie pokryliśmy długi do połowy roku. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Jestem przekonany, że te informacje docierają do ministra zdrowia i do zespołu, który powstał. Do zespołu, o którym mówimy tak dużo i ciepło. Dzisiaj od początku odkrywamy te karty, które dawno są odkryte i przeczytane przynajmniej przez członków zespołu i przez pana ministra. Jeszcze pan prosił o głos. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Wojciech Leppert:

Wojciech Leppert, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej. Chciałem przede wszystkim podziękować za to spotkanie, bo myślę, że zostało tu poruszonych wiele problemów. Chciałem szczególnie podziękować panu doktorowi Sokołowskiemu, który dużo pracy włożył w to, żeby przygotować – myślę, że trafny – dokument pokazujący te problemy, które są. Nie chcę długo mówić i zabierać państwu czasu. Powiem, że w niedzielę byłem na uroczystości trzydziestopięciolecia jednego z hospicjów w Katowicach. Hospicjum domowego. Rozmawiałem z panią prezes. Powiedziała, że ma kontrakt na 70 chorych, a jeździ do 219 chorych. Tak, że myślę, że nasze postulaty, które tu zgłaszamy, o zniesieniu limitów opieki domowej…

Oni są tak zorganizowani, że są w stanie to robić, ale nie wiadomo jak długo. Rzeczywiście, do pewnego momentu można robić coś w nadmiarze. Jeżeli to jest 10% czy 20%, to rzeczywiście można dozbierać. Natomiast jeżeli kontrakt pokrywa 1/3, to naprawdę… To jest taka… Myślę, że zespół rzeczywiście pracuje intensywnie. To potwierdzę. Dziękuję wszystkim, że działają aktywnie. Pani dyrektor dziękuję za koordynację. Myślę, że w najbliższych dniach przygotowujemy listę najpilniejszych spraw, co do których jesteśmy zgodni i chcielibyśmy uprzejmie prosić pana ministra i pana prezesa NFZ o rozważenie naszych propozycji. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Mam tylko taką prośbę. Kiedy spotkają się państwo w zespole i wystąpią z postulatami do ministra, to prosiłbym, żeby poinformować o tym podkomisję wraz z argumentami, które państwo przedstawią, bo chcielibyśmy śledzić dalsze losy pracy zespołu. W tej chwil informacji dramatycznych, złych jest tak wiele, że można byłoby nimi obdzielić parę zespołów i parę komisji. Jeszcze na sam koniec, bo powolutku będziemy się zbliżali do końca…

Konsultant krajowy, prezes PTOP Wojciech Leppert:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący, za zainteresowanie. Na pewno poinformujemy.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

…poprosiłbym jeszcze panią Aleksandrę Rudnicką, która jest prawie stałym członkiem naszej podkomisji i zawsze zabiera głos, ale bardzo merytorycznie i krótko.

Rzecznik praw pacjentów objętych opieką paliatywną Aleksandra Rudnicka:

Tak jest. Dzisiaj, panie przewodniczący, w trochę innej roli. Zwykle występuję – w tym ostatnio – jako rzecznik stowarzyszenia SANITAS, ale od pewnego czasu jestem też rzecznikiem osób objętych opieką paliatywną. Dlatego, że poproszono mnie o to. Sama zauważyłam, że rzeczywiście w tym obszarze ochrony zdrowia sytuacja jest dramatyczna, zwłaszcza w obszarze onkologii. Pacjenci onkologiczni stanowią ponad 80% osób objętych opieką palia-

tywną w Polsce. Rzeczywiście w ostatnich latach kierunek działania był zupełnie odwrotny. Zamykano oddziały opieki paliatywnej w szpitalach. One zaczęły znikać. Nawet Narodowy Instytut Onkologii nie ma takiego oddziału. Rzeczywiście w Narodowej Strategii Onkologicznej niewiele się na ten temat mówi. Pilotaż też nie obejmował tego obszaru.

Myślę, że wszystkie nasze spotkania, które odbywają się zarówno w ministerstwie, jak i w Sejmie – a było też spotkanie w Senacie – mają ogromne znaczenie, ale najważniejsze jest to, co przed chwilą powiedział pan doktor. My już po prostu nie mamy czasu. Musimy podjąć pewne działania, które spowodują, że wycena świadczeń zostanie podniesiona, jeśli chcemy zachować przynajmniej obecny poziom opieki paliatywnej. Już nie mówię o tym, że powinniśmy się rozwijać. Dlatego, że jesteśmy starzejącym się społeczeństwem. Nawet w tym, co przedstawiała pani dyrektor, mówiono o tym, że sukcesywnie co ileś lat będzie nam przybywać osób w tej opiece i musimy być na to przygotowani. Myślę, że dzisiaj rzeczywiście trzeba podjąć działania taktyczne, żeby zmienić sytuację, a nad strategią cały czas pracujemy. Spotykamy się co tydzień. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Również serdecznie dziękuję za dzisiejsze spotkanie. Powiem szczerze, że przygotowując się nie spodziewałem się, że usłyszę od państwa tak dramatycznie złe oceny. Pocieszające jest może to, że większość z państwa obecnych na tej sali jest członkami tego zespołu. Myślę, że ten zespół przyspieszy prace, a rekomendacje zostaną wypracowane szybko i sprawnie. Mam nadzieję, że może w przyszłorocznym budżecie te zapisy się znajdą, bo – jak państwo mówią – możemy nie doczekać momentu, kiedy te środki się pojawią, chociaż na początku powiedziałem, że gdzieś są zapisane środki na poprawę sytuacji w opiece długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej, tak w Funduszu Medycznym, jak i w KPO. Tak że one gdzieś są zapisane, ale pacjent musi doczekać możliwości zrealizowania tych wszystkich inwestycji.

Gdyby państwo chcieli wykorzystać podkomisję czy poszczególnych posłów, to bardzo proszę się z nami kontaktować. Możemy w państwa imieniu wystąpić z zapytaniem czy interpelacją do ministra zdrowia. Chętnie się w to włączymy. Proszę się więc kontaktować albo przez sekretariat Komisji Zdrowia, albo bezpośrednio przeze mnie. Na koniec jest jeszcze taka prośba, żeby po spotkaniu zespołu dotarła do nas ta informacja, żebyśmy mogli śledzić państwa działania.

Serdecznie dziękuję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Na tym wyczerpaliśmy dzienny porządek posiedzenia. Serdecznie dziękuję państwu za dzisiejsze spotkanie. Dziękuję państwu bardzo.